

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 73

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 janvier 1929

PAR

Bernard-Marie-Edmond-Camille LABBÉ

INTERNE DES HÔPITAUX D'ANGOULÊME

Né à ANTRAIN (Ille-et-Vilaine), le 14 septembre 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	<i>Président.</i>
		GUYOT, professeur.....	} <i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé.....	
		LOUBAT, agrégé.....	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1928-1929. — N° 73

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGÜE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 16 janvier 1929

PAR

Bernard-Marie-Edmond-Camille LABBÉ

INTERNE DES HÔPITAUX D'ANGOULÊME

Né à ANTRAIN (Ille-et-Vilaine), le 14 septembre 1900.

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		GUYOT, professeur		} <i>Juges.</i>
		CHARRIER, agrégé.....		
		LOUBAT, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH,
RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

MM.

Clinique médicale..... VERGER.
id..... CASSAET.
Clinique chirurgicale..... CHAVANNAZ.
id..... BÉGOUIN.
Pathologie et thérapeutiques générales... CARLES.
Clinique d'accouchements..... ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique. SABRAZÈS.
Anatomie..... VILLEMEN.
Anatomie générale et histologie..... G. DUBREUIL.
Physiologie..... PACHON
Hygiène..... AUCHÉ.
Médecine légale et déontologie..... LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic. RÉCHOU.
Chimie..... CHELLE.
Botanique et matière médicale..... BEILLE.
Pharmacie..... DUPOUY.

MM.

Zoologie et parasitologie..... MANDOUL.
Médecine expérimentale..... MAURIAC.
Clinique ophtalmologique..... TEULIÈRES.
Clinique chirurq. infantile et orthopédie.. ROCHER.
Clinique gynécologique..... GUYOT.
Clinique méd. des maladies des enfants.. CRUCHET.
Chimie biologique et médicale..... DENIGÈS.
Physique médicale et pharmaceutique... SIGALAS.
Médic. co oniale et clin. des mal. exotiques. BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires. DUVERGEY.
Clinique des malad. nerveuses et mentales. ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie..... PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée..... LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.. SELLIER.

MM. DELAUNAY (Physiologie). MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

Anatomie..... DUBECQ.
Histologie..... LACOSTE.
Anatomie pathologique..... MURATET.
Parasitologie et sciences naturelles..... R. SIGALAS.
Médecine générale..... GREYX.
id..... N.
id..... AUBERTIN.
id..... DAMADE.
id..... PIÉCHAUD.
Maladies mentales..... PERRENS.

MM.

Chirurgie générale..... PAPIN.
id..... JEANNENEY.
id..... CHARRIER.
id..... LOUBAT.
Obstétrique..... PERY.
id..... FAUGÈRE.
Ophtalmologie..... BEAUVIEUX.
Dermatologie et syphiligraphie..... JOULIA.
Pharmacie..... GOLSE.

R. UNIV.

BIBLIOTHEEK
LEIDEN

COURS COMPLÉMENTAIRES :

MM.

Clinique dentaire..... CAVALIÉ.
Médecine opératoire..... PAPIN.
Accouchements..... FAUGÈRE.
Ophtalmologie..... CABANNES.

MM.

Puériculture..... N.
Démonstrations et préparations pharmac.. N.
Pharmacie chimique..... GOLSE.
Zoologie et parasitologie..... R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

LE DOCTEUR EDMOND LABBÉ

MORT VICTIME DU DEVOIR PROFESSIONNEL

A MA MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR CLÉMENT BRAULT

Membre correspondant de l'Académie de médecine.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE BORDEAUX

ET PARTICULIÈREMENT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FÉLIX PAPIN

*Chargé du Cours complémentaire de Médecine opératoire,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.*

Mes plus sincères remerciements.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. BÉGOUIN

*Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

Qu'il veuille bien accepter nos respectueux remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant de présider cette thèse.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Qu'il nous soit permis de dire à M. le docteur Duroselle, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien de l'Hôpital d'Angoulême, combien nous lui sommes reconnaissant pour nous avoir guidé dans l'élaboration de cette thèse et avoir mis à notre disposition ses observations, dont l'analyse illustre à merveille les idées exposées dans cet opuscule.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE L'APPENDICITE AIGÜE

INTRODUCTION

Le traitement de l'appendicite aiguë est une question sur laquelle il semble que médecins et chirurgiens se soient mis d'accord depuis bien des années, et il y a déjà près de trente ans que Dieulafoy a proclamé « qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite ».

Cette parole, pour audacieuse qu'elle ait pu paraître autrefois, résume actuellement de façon magistrale l'opinion unanime. Il peut donc sembler banal de revenir une fois de plus sur ce sujet.

Cependant, l'appendicite est une maladie si fréquente et en même temps si diverse dans ses modalités cliniques, elle est souvent d'une gravité si pressante, particulièrement chez les sujets jeunes, si déconcertante dans son évolution, si difficile aussi à diagnostiquer dans certains cas, qu'on peut affirmer que son traitement est toujours d'actualité pour le praticien qui se mesure journellement avec elle et qui, malheureusement, n'est pas toujours maître d'en triompher.

Il est peut-être utile de répéter qu'il meurt encore trop de malades qui auraient pu guérir par une offensive chirurgicale plus prompte et si tous les thérapeutes s'accordent en théorie sur le traitement uniquement chirurgical de l'appendicite, en fait, trop de praticiens manquent encore de l'énergie nécessaire pour amener en temps utile au chirurgien l'appendicite qui débute. C'est pourquoi nous osons revenir sur ce sujet.

Nous voulons montrer que le traitement de l'appendicite n'est qu'un cas particulier du traitement des péritonites aiguës; que, par conséquent, il y a un intérêt majeur à opérer dès le début de la crise avant l'apparition de la péritonite ou tout au moins à une période où celle-ci n'en est encore qu'à son début.

Nous voulons lutter aussi contre ce préjugé que l'opération est plus grave faite dans ces conditions, en nous appuyant sur les observations que M. le docteur Duroselle a bien voulu mettre à notre disposition.

Nous apportons ici la statistique intégrale des appendicites aiguës qu'il a opérées au cours de la crise, et si cette statistique n'est pas très importante, elle a le mérite de comprendre tous les cas, bons ou mauvais, et d'être l'expression de la pratique d'un seul chirurgien.

Après avoir fait un historique rapide de la question, ce qui nous amènera à l'exposé des conclusions sur lesquelles tous les chirurgiens sont d'accord actuellement, nous exposerons les critiques qu'on a pu faire à la méthode de l'intervention précoce, et enfin nous étudierons la statistique sur laquelle repose ce travail.

HISTORIQUE

Sans vouloir faire une étude historique complète de la question, il est nécessaire cependant de tracer les grandes lignes de l'évolution des idées sur le traitement de l'appendicite.

Dès le début de la connaissance de cette maladie nouvelle, qui date de 1889 environ, et dans la période qui s'étend jusque vers 1900, il y a des partisans de l'opération systématique, et il y a aussi des temporisateurs qui mettent en œuvre le traitement médical.

Si Dieulafoy proclame qu'il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite, il veut dire que tôt ou tard cet organe devra être sacrifié, mais il n'a pas en vue spécialement le traitement de la crise aiguë. Et la discussion porte justement sur l'attitude à adopter au début d'une crise, les uns étant partisans de l'opération immédiate, les autres de l'intervention différée. Or, il faut bien reconnaître que l'intervention immédiate à toute période de la crise, qui fut la pratique de la majorité dans cette première période, donna bien des mécomptes, ainsi qu'en témoignent les diverses statistiques apportées entre 1900 et 1902, tant à la Société de chirurgie de Paris qu'aux Congrès de Bruxelles et de Chicago.

Kirmisson avoue, en 1900, une mortalité de 50 p. 100 ; Broca de 33 p. 100.

Une réaction se produit à partir de cette date et l'opération à froid devient le but vers lequel tendent tous les efforts.

Mais il est à remarquer que déjà dans cette première période, où la conduite n'est pas encore bien assise, il y a des opportunistes, dont Jalaguier est le représentant le plus éminent, qui

associent au traitement médical l'intervention chirurgicale dans des cas bien déterminés. (C'est ainsi que Jalaguier, dès 1898, d'accord avec Roux de Lausanne), cherche à « refroidir » la crise par un traitement médical très sévère ; mais il ajoute ceci : « Si au bout de douze heures d'observation attentive d'une crise dont on a vu le début, la réaction péritonéale ne s'atténue pas, si les douleurs et les vomissements persistent, si la température s'élève progressivement et si le pouls, accéléré, devient petit et irrégulier, si le facies reste grippé, c'est que la localisation de la péritonite ne se fait pas : il y a lieu d'intervenir sans plus attendre. » De même, il intervient dans les cas de péritonite aiguë diffuse et dans les cas où la situation s'aggrave au cours du traitement médical.

Donc, dès 1898, Jalaguier pose des règles très sages, auxquelles les interventionnistes se rallient après 1900 devant les résultats déplorables de l'intervention systématique pratiquée à n'importe quelle période.

Puis, vers 1905, en Allemagne, se produit une réaction et on revient à l'intervention hâtive pratiquée dans les quarante-huit premières heures.

A partir de cette date et jusque vers 1922, les deux thèses s'affrontent et les statistiques s'opposent les unes aux autres.

L'opération tardive est soutenue par les arguments suivants :

Bien appliqué, le traitement médical amène la résolution de la crise dans la grande majorité des cas et les aggravations en cours de traitement sont dues généralement à une faute dans son application.

D'ailleurs, dans ces cas, on peut intervenir et avec succès, le traitement médical n'ayant pas aggravé la crise.

L'opération à froid ne donne aucune mortalité, alors que l'opération dans les premières heures donne de 5 à 18 p. 100 de mortalité

Enfin, la qualité de la guérison est bien meilleure par cette opération retardée qui ne comporte pas de drainage.

A l'appui de cette thèse, citons Jalaguier qui, sur 241 crises aiguës observées, put les opérer toutes à froid. Walther (1904), sur 154 cas, en opère 113 à froid,

A l'opposé, les partisans de l'intervention immédiate soutiennent que celle-ci est toujours indiquée parce qu'il est impossible au début d'une crise de préjuger de sa gravité. Aucun signe ne permet de prévoir si elle s'accompagnera d'une péritonite localisée ou généralisée, si elle restera au stade d'endo-appendicite ou si, au contraire, il y aura perforation de l'organe.

Les partisans de l'abstention ont quelquefois la main forcée par l'aggravation de la maladie malgré un traitement médical bien conduit et ils opèrent dans des conditions bien moins bonnes que s'ils étaient intervenus quelques jours plus tôt.

D'ailleurs, l'argument que les aggravations seraient dues à une erreur de thérapeutique n'a pas de valeur en pratique, et, puisqu'il est démontré que souvent le traitement médical prescrit est mal appliqué, c'est une raison de plus pour intervenir avant qu'une imprudence redoutable soit commise. Donc, opération immédiate le plus tôt possible, la précocité de l'intervention étant le gage du succès.

C'est ainsi que de Quervain donne les chiffres suivants :

Opérés le premier jour de la crise, 1.723 cas ; mortalité : 0,7 p. 100 ;

Opérés le deuxième jour de la crise, 1.389 cas ; mortalité : 4,8 p. 100 ;

Opérés le troisième jour de la crise, 788 cas ; mortalité : 10,8 p. 100 ;

Opérés le quatrième jour de la crise, 1.197 cas ; mortalité : 21 p. 100.

Hartman :

Opérés le premier jour : mortalité, 0 ;

Opérés le deuxième jour : mortalité, 10 p. 100 ;

Opérés le troisième jour : mortalité, 45 p. 100 ;

Opérés le troisième jour et demi : 50 p. 100 ;

Opérés après le quatrième jour : 100 p. 100.

D'ailleurs, les statistiques viennent montrer que le traitement médical ne donne pas un pourcentage si élevé de guérisons, puisque, d'après Bérard et Vignard, le traitement médical peut donner une mortalité de 15 à 20 p. 100.

C'est pourquoi l'on voit peu à peu les partisans de l'intervention précoce gagner du terrain en même temps que leurs statistiques s'améliorent progressivement. L'étude des résultats d'un même chirurgien est particulièrement intéressante qui montre que d'une période à l'autre la mortalité s'abaisse.

C'est ainsi que Témoin donne les chiffres suivants :

De 1900 à 1909 : mortalité, 45 p. 100 ;

De 1909 à 1911 : mortalité, 8 p. 100 ;

De 1911 à 1919 : mortalité, 3,5 p. 100.

Cette amélioration tient non seulement à l'habileté du praticien, mais aussi à une amélioration progressive de la technique et à une précocité plus grande de l'acte chirurgical.

En sorte qu'à l'heure actuelle, ainsi que M. le professeur Bégouin le disait récemment dans le magistral exposé de la question qu'il fit aux Journées médicales de Bordeaux, tous les thérapeutes se sont mis d'accord sur les propositions suivantes :

1° Opération immédiate systématique dans les quarante-huit premières heures ;

2° Opération systématique dans les formes graves et toxiques ;

3° Opération dans les formes abcédées localisées.

Mais la discussion subsiste encore dans deux cas :

Faut-il opérer un malade vu entre la trente-sixième et la quarante-huitième heure, atteint d'une crise en apparence bénigne, à plus forte raison quand la défervescence semble s'annoncer ?

Faut-il opérer des appendicites vues plus tardivement où il y a péritonite circonscrite ?

Ces deux problèmes sont résolus différemment suivant les chirurgiens et, pour notre part, nous sommes d'avis d'opérer dans le premier cas, de rester dans l'expectative dans le second où le péritoine a déjà donné des preuves de sa vigilance et de son activité à limiter le mal.

Cependant, ces conclusions ont été discutées et on leur a fait un certain nombre d'objections que nous voulons maintenant envisager.

OBJECTIONS

Les trois principales objections opposées à l'opération systématique précoce sont :

La sécurité plus grande de l'intervention à froid ;

La meilleure qualité de la guérison ;

Les erreurs de diagnostic.

a) *Erreurs de diagnostic*. — On peut objecter à l'opération précoce la possibilité d'erreur de diagnostic et, en effet, il n'est pas toujours possible, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, de poser un diagnostic ferme. Cet argument est, en effet, celui qui est opposé journellement au chirurgien quand celui-ci regrette de n'avoir pu opérer plus tôt une de ces appendicites graves où « les heures sont des jours ».

Or, il y a lieu de remarquer que les malades au sujet desquels l'erreur est possible peuvent se classer en deux catégories :

1° Les affections graves de l'abdomen ;

2° Les affections bénignes ou purement médicales.

Pour les affections de la première catégorie, l'erreur peut se produire de deux façons :

Dans un premier ordre de faits, on peut méconnaître une appendicite et croire à l'existence d'une autre affection grave, telles que perforation d'ulcère d'estomac ou du duodénum, invagination intestinale, volvulus, torsion de pédicule, inondation péritonéale, etc.

Or, ces affections exigent une intervention au moins aussi précoce que l'appendicite aiguë. L'erreur est ici secondaire et elle sera redressée au cours de l'opération.

Inversement, on peut croire à l'existence d'une appendicite alors qu'il s'agit d'une de ces affections énumérées plus haut. C'est dans ces cas que la faute deviendrait lourde de conséquences si l'on cherchait à traiter médicalement une telle lésion, car si une appendicite peut se refroidir souvent, une perforation d'ulcus en péritoine libre ou un volvulus ne se refroidissent pas. Au contraire, la faute devient vénielle dès l'instant qu'on a adopté la tactique de l'opération précoce systématique dans les appendicites aiguës.

Donc, dans cette catégorie d'affections abdominales, l'objection : erreur de diagnostic, loin d'être un argument contre l'opération d'urgence vient plutôt plaider en sa faveur.

Dans la deuxième catégorie, affections bénignes ou purement médicales, il est évident qu'une erreur de diagnostic est regrettable, qui aurait pour conséquence de faire opérer, en croyant à une appendicite qui n'existe pas, une pneumonie avec point de côté abdominal, une fièvre typhoïde au début, une tuberculose aiguë du péritoine, une simple crise d'entérite, ou encore une colique hépatique, néphrétique, une crise salpingienne, etc., etc.

Mais d'abord, ces erreurs sont très rares. Devraient-elles se produire 1 fois sur 100, qu'il faudrait les considérer comme la rançon des malades sauvés par une opération précoce, et, à tout prendre, il est préférable d'opérer inutilement un malade que de laisser mourir un appendiculaire.

C'est qu'en effet, il arrive journellement qu'on se trompe dans l'autre sens, et que, pendant quelques jours, le médecin croit à tort à un embarras gastrique, à une crise d'entérite, à une intoxication alimentaire, en un mot à une affection bénigne, alors qu'il s'agit d'une appendicite : erreur redoutable qui entraîne trop souvent des fautes thérapeutiques graves, telles que la purgation et le lavement, erreur trop tard reconnue quand la péritonite aiguë diffuse a fait son apparition.

C'est principalement chez les enfants que ce problème se pose de dépister l'appendicite au milieu de toutes les affections bénignes du tube digestif. Pour y arriver, il faudrait que le

médecin fût toujours hanté par l'idée d'une affection si redoutable à cet âge, et que, dans le doute, il s'abstint de toute thérapeutique qui pourrait devenir néfaste. Il faudrait qu'il ait des idées simples et judicieuses sur la symptomatologie de l'appendicite et qu'il considère comme telle tout embarras gastrique qui, chez l'enfant, s'accompagne de fièvre et de vomissements. Il faudrait qu'il s'astreigne à pratiquer des examens répétés plusieurs fois dans la même journée qui lui montreraient qu'une douleur, d'abord diffuse dans tout l'abdomen ou prédominant au creux épigastrique, se localise bientôt à la fosse iliaque droite, que la température s'élève de plusieurs dixièmes en quelques heures, que le pouls s'accélère progressivement, que le facies s'altère, que la défense musculaire abdominale se constitue, et ainsi, avec de l'attention et du bon sens, il arriverait à présenter au chirurgien, dans un délai très raisonnable, des appendicites, et non plus des péritonites généralisées.

Donc, pour nous résumer, la crainte des erreurs de diagnostic ne doit pas faire perdre un temps précieux; l'observation attentive du malade permet de les écarter presque toutes, et quand le doute subsiste, il s'agit, en général, d'affections graves qui bénéficieront, elles aussi, d'une laparotomie exploratrice.

Un autre argument mis en avant par les partisans de l'opération retardée, c'est son innocuité absolue. Il est bien évident que la mortalité de cette opération est nulle, mais il faut considérer que les cas qui se présentent au chirurgien pour subir cette bénigne opération sont des cas sélectionnés par l'épreuve du traitement médical.

Au cours de cette épreuve, tous n'ont pas guéri simplement. Il y en a qui sont morts dans les premiers jours sans le secours chirurgical ou malgré une opération pratiquée dans de mauvaises conditions.

Il est donc illégitime de comparer des opérations qui ne s'adressent pas à des cas semblables. Ce sont les méthodes de traitement qu'il faudrait opposer l'une à l'autre, c'est-à-dire l'opération systématique précoce au traitement systématiquement temporisateur. Et nous avons vu que les statistiques énumérées plus haut concluent en faveur de l'opération.

Reste l'argument de la meilleure qualité de la guérison par l'opération à froid.

Celui-ci n'a pas plus de valeur que le précédent, car, encore une fois, l'appendicite aiguë est une affection grave dont l'évolution est imprévisible, et le problème qui se pose est un problème vital et non pas esthétique.

D'ailleurs, la cicatrice est-elle toujours de qualité si inférieure à la suite d'une intervention à chaud? Nullement, car il y a des cas où la fermeture immédiate de la paroi sans drainage peut être tentée. Dans des cas plus sérieux, un drainage discret ne compromet pas la solidité de la paroi, et enfin, même si l'on est obligé de laisser la plaie largement ouverte, il ne s'ensuit pas forcément une éventration.

Il faut remarquer d'ailleurs que cette complication se produit dans les cas les plus graves, où la présence d'un appendice gangrené, perforé, avec péritonite diffuse, exigeait plus impérieusement une intervention salvatrice. La bénignité d'une cure ultérieure d'éventration, qui peut être menée sous anesthésie locale, ne peut donc entrer en ligne de compte quand il s'agit de poser les indications opératoires d'une péritonite appendiculaire. La question de technique opératoire a d'ailleurs une grande importance à ce point de vue, et sans vouloir traiter à fond ce point un peu spécial, nous voulons en dire quelques mots.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Incision. — Il est indifférent d'adopter telle ou telle incision (Jalaguier, Mac Burney, Roux, etc...), ou plutôt il importe d'être éclectique et d'utiliser celle de ces voies d'abord qui, dans un cas donné, semble devoir procurer les meilleurs résultats.

Par exemple, dans une appendicite d'apparence bénigne, opérée très tôt, dans laquelle on a la presque certitude de ne pas trouver de pus, et, par conséquent, d'éviter le drainage, on peut employer avec avantage le Mac Burney qui donne une bonne cicatrice ultérieure. D'ailleurs, si les lésions sont plus importantes qu'on ne le supposait, elle peut être agrandie par section des muscles.

En réalité, la meilleure incision est celle qui mène le plus rapidement au but, c'est-à-dire à l'appendice. A cet égard, il peut être utile d'utiliser la méthode préconisée récemment par Moulonguet, le palper minutieux de l'abdomen sous-anesthésié.

Souvent, un reste de contraction musculaire, ou même la sensation d'une résistance profonde, si ce n'est d'un véritable petit plastron en formation, viendra préciser le siège exact de l'appendice enflammé.

C'est exactement en ce point qu'il faudra tracer l'incision, et l'on aura toute chance de tomber immédiatement sur l'appendice.

Grâce à cette exploration préalable, les manœuvres ultérieures seront simplifiées, et ceci a une importance capitale pour le succès de l'opération. Arriver en effet directement et du premier coup sur le foyer, cela permet une incision courte,

évite le brassage de l'intestin et, par conséquent, les chances de contamination des parties saines du péritoine.

Recherche de l'appendice. — Il n'est pas possible de décrire une technique de ce temps principal de l'opération, c'est affaire d'expérience. Mais deux principes doivent guider le chirurgien :

1^o Bien protéger la cavité péritonéale, isoler le foyer de façon à éviter autant que possible la contamination des parties saines. A ce point de vue, l'emploi d'un aspirateur peut rendre des services au cas où il y a du pus en assez grande abondance ;

2^o Chercher autant que possible à opérer sous le contrôle de la vue. Cela, d'ailleurs, n'est pas toujours possible, en particulier dans les appendices rétro-coliques ascendants, et, dans bien des cas, une fois le cæcum repéré et tenu de la main gauche, c'est l'index droit seul qui fera à la fois le travail de découverte de ce boyau cylindrique épais et résistant qui s'enfonce sous le cæcum, le côlon ou le mésentère et le travail de sa libération, en forçant doucement sous ses bords et en contournant sa pointe pour le décoller de la profondeur vers sa base.

Drainage. — Cette question est très discutée et il n'y a pas encore de règle absolue à ce point de vue, ce qui se conçoit facilement si l'on considère la diversité des cas qui sont englobés sous le nom d'appendicite aiguë. Dans les appendicites où l'inflammation n'a pas dépassé les parois de l'organe, dans ce qu'on pourrait appeler les endo-appendicites, il est juste de ne pas drainer et de se comporter comme dans les cas opérés tardivement. De même, quand il n'y a qu'une légère réaction péritonéale avec un peu de liquide louche au niveau du foyer, il est légitime de refermer complètement le péritoine.

Lorsqu'il y a, par contre, du véritable pus, mal odorant, en quantité appréciable, il est bon de poser un drain au niveau du foyer et même un second drain qui plonge dans le Douglas, car il est fréquent de constater l'existence d'une collection dans cette région déclive du bassin.

Même dans ces cas, il y a des chirurgiens qui referment la cavité péritonéale, confiants dans la propriété remarquable de

la séreuse à se défendre contre l'infection et à résorber les exsudats. Par contre, il est nécessaire, dans ce cas, de drainer la paroi, qui n'a pas la même aptitude, et il faut ou bien laisser la plaie complètement béante, ou bien la rétrécir partiellement par un point ou deux aux crins prenant en totalité les divers plans.

Enfin, il est des cas de péritonite appendiculaire avec appendice gangrené, noir verdâtre, aux parois flasques, ravagées par l'infection, souvent perforées, où le cæcum est lui-même épaissi, où il y a des placards de sphacèle sur le péritoine pariétal. Ici, pas de fermeture de la paroi ni du péritoine. La plaie doit être laissée largement ouverte et garnie de mèches et de drains. On peut appeler ce tamponnement un Mikulicz, le mot importe peu, mais cette pratique nous semble bonne d'extérioriser autant que possible un foyer gangrené. Le seul danger serait l'issue des anses grêles à travers l'ouverture sous la poussée abdominale, à l'occasion d'un effort de toux ou de vomissement. C'est pourquoi un point prenant la totalité de la paroi peut rétrécir la plaie, ou encore une large bande de leucoplaste perforé peut maintenir le tamponnement dans la cavité abdominale.

Mais, en tout cas, même dans ces formes graves avec péritonite diffuse, il importe de se contenter de la seule incision d'abord de l'appendice. C'est l'amélioration principale de la technique moderne que d'avoir renoncé aux incisions multiples, au lavage du péritoine. Il y a une indication essentielle à remplir : l'ablation de l'appendice gangrené, et ce n'est que plus tard qu'on recherchera et traitera, s'il y a lieu, les collections aberrantes de pus qui peuvent se produire à distance, dans le Douglas, sous le foie, dans la fosse iliaque gauche, etc.

A l'appui de cette thèse qui préconise la discrétion de l'incision pour mieux limiter au foyer infectieux les manœuvres, citons les deux cas suivis de mort (Obs. X et XXVIII) où l'on pratiqua d'abord une incision médiane, croyant à une occlusion. L'erreur fut rectifiée au cours de l'opération, mais le brassage de l'intestin qui en résulta fut probablement pour quelque chose dans l'extension de la péritonite.

Ajoutons, enfin, qu'il peut être utile d'associer au traitement chirurgical, qui est essentiel, un traitement de l'infection par la sérothérapie antigangreneuse, locale et générale, sans parler, parce qu'il est classique, du traitement médical postopératoire par le sérum à hautes doses, les tonicardiaques, etc.

ÉTUDE DES OBSERVATIONS

La statistique que nous présentons porte sur 64 cas d'appendicites aiguës ou de péritonites appendiculaires opérées ayant donné 10 décès, soit une mortalité de 15,6 p. 100 environ.

Dans tous les cas, l'opération a été pratiquée d'urgence ou après un délai de quelques heures pour étudier l'évolution de la crise.

Au point de vue des erreurs de diagnostic, nous pouvons signaler que deux fois on a cru à une appendicite qui n'existait pas, car il s'agissait d'occlusion intestinale (ces deux observations ne figurent donc pas ici) et deux fois on a pensé à une occlusion alors qu'il s'agissait d'appendicite aiguë (Obs. X et XXVIII).

Étude de la mortalité. — Elle doit être envisagée au point de vue de l'âge, de la précocité de l'opération, des lésions constatées à l'opération.

Age. — On relève :

De 0 à 10 ans, 12 cas avec 3 morts ;

De 10 à 20 ans, 20 cas avec 4 morts ;

De 20 à 50 ans, 28 cas avec 0 mort ;

Au-dessus de 50 ans, 3 cas avec 3 morts.

Ou encore, pour simplifier :

De 0 à 20 ans, 32 cas avec 7 morts, 18 p. 100 ;

De 20 à 50 ans, 28 cas avec 0 mort, 0 p. 100 ;

Au-dessus de 50 ans, 3 cas avec 3 morts, 100 p. 100.

Ces chiffres confirment la gravité de l'appendicite dans le jeune âge et chez les gens âgés.

Précocité de l'intervention. — Opération :

Dans les quarante-huit premières heures, 35; mort, 0.
Dans le courant du troisième jour, 9; mort, 0;
Le quatrième jour, 5; morts, 4;
Le cinquième jour, 6; morts, 5;
Après le cinquième jour, 9; mort, 1.

Donc, 44 opérations pratiquées les trois premiers jours après le début de la crise ne donnent pas de mortalité, alors que 11 opérations entreprises le quatrième et le cinquième jour donnent 9 morts, soit une mortalité de 81 p. 100.

Après le cinquième jour, la mortalité baisse, mais cela s'explique par la localisation de la péritonite déjà réalisée à ce moment.

Nature des lésions. — Il y a lieu d'étudier maintenant dans les 10 cas mortels que nous rapportons l'état de l'appendice et du péritoine.

Obs. I. — Il s'agit d'une crise datant de cinq jours, qui, le matin même du jour de l'opération, s'est aggravée subitement. Température, 38 degrés; pouls, 150. L'intervention montre un appendice perforé en deux endroits, gangrené, et une péritonite diffuse avec pus fétide très abondant. Malgré l'intervention, la mort survient le troisième jour.

Obs. II. — Fille de 4 ans opérée le cinquième jour. Appendice perforé à la base, deux perforations avec coprolithes. Le cæcum est épaissi et présente des placards grisâtres; péritonite avec pus fétide. Elle semble limitée à la partie droite de l'abdomen.

Obs. X. — Garçon de 6 ans opéré, le 3 juin 1922, de végétations adénoïdes. Le 4, il commence à souffrir du ventre, on le purge; l'état s'aggrave et on l'opère le 7 juin, soit le quatrième jour.

Incision médiane sus et sous-ombilicale. Les anses grêles sont rouges et météorisées. L'appendice est enflammé, pointe en battant de cloche avec une plaque de sphacèle. Peu de pus dans l'abdomen. Meurt le huitième jour.

Obs. XX. — Femme de 66 ans, obèse, emphysémateuse, cœur mou, opérée le quatrième jour sous anesthésie rachidienne. Appendice perforé en son milieu, en sorte qu'il se rompt au cours de l'extraction; la pointe est enlevée ensuite. Péritonite avec pus abondant; ébauche d'agglutination des anses grêles. Morte vingt-deux jours après l'opération de péritonite extensive avec occlusion post-opératoire. Cachexie progressive.

Obs. XXI. — Femme de 55 ans opérée, le quinzième jour de la crise, pour une péritonite localisée de la fosse iliaque droite. Simple incision qui donne issue à une grande quantité de pus. Pas de recherche de l'appendice. Drainage. Amélioration, puis infection pulmonaire, et mort le neuvième jour.

Obs. XXII. — Garçon de 13 ans. Opéré le quatrième jour dès son entrée à l'hôpital. Appendice perforé. Appendicectomie. Pus dans la cavité abdominale.

Mort le lendemain.

Obs. XXVI. — Garçon de 16 ans. Opéré le cinquième jour de sa crise. État désespéré au moment de l'intervention. Pouls à 140, très faible; extrémités froides, délire, ventre souple et indolore. Opération sous anesthésie locale. Appendice perforé; péritonite diffuse.

Mort quelques heures après.

Obs. XXVII. — Homme de 70 ans, qui a une histoire clinique ressemblant au début à une occlusion intestinale, la température ne dépassant pas 37°5. Il y a du vomissement, arrêt des matières et des gaz. On hésite à opérer; on perd du temps, et le cinquième jour, à

l'opération, on constate un appendice gangrené et perforé à la base. Mort quatre jours après.

Obs. XLI. — Garçon de 3 ans. Opéré le quatrième jour. A été purgé au début de la crise. État désespéré : péritonite diffuse avec pus abondant. Appendice pas très gros, mais pointe gangrenée. Mort le jour même.

Obs. LV. — Garçon de 16 ans. Opéré le cinquième jour. N'a pas été purgé, mais lavements à plusieurs reprises, et s'est alimenté un peu. A l'opération, écoulement d'un bon demi-verre de pus à odeur infecte. Appendice perforé à la pointe. Calcul stercoral. Ébauche de limitation de l'infection par l'épiploon. Mort le quinzième jour de péritonite extensive.

Si on écarte l'observation XXI, où il s'agissait d'un abcès appendiculaire, l'appendice était perforé dans 8 cas, perforation qui avait déterminé une péritonite plus ou moins diffuse.

La connaissance de ces lésions montre l'intérêt qu'il y a à opérer le plus près possible de la crise et il est légitime de penser que plusieurs de ces malades, opérés dans les quarante-huit premières heures, auraient pu être sauvés.

NATURE DE L'OPÉRATION

Sur les 64 cas rapportés ici, l'appendicectomie a été pratiquée 56 fois.

Dans 8 cas où il s'agissait d'abcès localisés opérés tardivement, on s'est contenté de la simple incision et du drainage du foyer.

Deux fois (Obs. IV et XIV), il s'agissait d'abcès rétro-cæca qui furent abordés par l'incision très externe préconisée par Lecène, permettant d'arriver sur l'abcès sans ouvrir la cavité péritonéale. Les cicatrices de ces incisions furent très solides, sans éventration ultérieure.

Dans un troisième cas d'abcès rétro-cæcal, on put intervenir à travers la cavité péritonéale libre sans inconvénient. Mais avant d'ouvrir la collection rétro-péritonéale, la grande cavité séreuse fut minutieusement protégée par des mèches qui furent laissées à demeure (Obs. XIII).

Dans un cas de péritonite généralisée opérée le dixième jour chez un enfant de 14 ans, on se contenta de l'incision et du drainage sans appendicectomie (Obs. XXX). Ce cas guérit sans incident.

Dans tous les autres cas, l'appendice fut enlevé. La technique employée a consisté dans la ligature de l'organe à sa base avec un catgut n° 2; dans sa section au thermocautère ou simplement aux ciseaux, le moignon n'a jamais été enfoui dans la paroi cæcale.

Drainage. — Sur 56 cas d'appendicectomie, la paroi a pu être fermée complètement sans drainage 24 fois et cependant, dans plusieurs de ces cas, l'appendicite était en voie de gan-

grène et il y avait déjà dans la cavité péritonéale un peu de sérosité louche.

Il faut noter ici une complication grave survenue à la suite d'une de ces fermetures complètes (Obs. LXII).

C'est l'ouverture spontanée de la plaie au huitième jour et l'issue sous le pansement d'anses grêles.

Il s'agissait d'un cas d'appendicite aiguë avec début de réaction péritonéale opérée à la trente-sixième heure; vers le quatrième jour, une suppuration de la paroi avait nécessité la désunion de la peau.

Brusquement, le soir du huitième jour, sous l'influence d'un effort, l'écartement des lèvres de la plaie se complétait et l'éviscération se réalisait. Heureusement, cette complication n'eut pas de suites fâcheuses, et après réduction des anses et drainage, la guérison survint normalement.

Cependant, cette observation est intéressante, car elle montre que lorsqu'il y a un peu de séro-pus dans l'abdomen pouvant infecter la tranche de section de la paroi, si l'on veut quand même tenter la réunion primitive, il est bon, au lieu d'employer du catgut pour les sutures, comme il avait été fait, de se servir de fil non résorbable, tels que des crins, et de faire une suture en un seul plan au lieu de faire des sutures étagées.

S'il y a suppuration, ces fils seront laissés quand même jusqu'au quinzième jour, le pus arrivant à se faire jour entre les points et même à suivre les fils qui formeront ainsi une voie de drainage. Ils soutiendront la paroi le temps nécessaire pour que des adhérences se produisent, empêchant l'écartement prématuré des lèvres de la plaie.

Tous les autres cas ont été drainés, la plupart discrètement, par un seul drain. D'autres par deux drains, l'un au niveau du foyer, l'autre plongeant dans le Douglas.

Dans quelques cas, le péritoine a été refermé complètement, et seule la paroi a été drainée soit par un drain, soit en laissant la plaie cutanée complètement ouverte.

Enfin, dans un cas, on a placé un tamponnement Mikulicz.

Complications postopératoires. — Nous ne considérons pas

comme complications les suppurations de la paroi qui sont des conséquences bénignes de l'infection grave de la cavité péritonéale.

Nous voulons signaler ici des complications plus graves. C'est ainsi que des fois on a noté une ébauche d'occlusion postopératoire qui s'est cependant amendée spontanément sous l'influence de la glace et de la diète absolue.

Deux fois, il y a fistule stercorale spontanée (Obs. LV), cas qui s'est terminé par la mort et (Obs. III) où la fistule s'est fermée spontanément au bout de quelques jours.

Ce dernier cas a présenté une autre complication très rare du melæna postopératoire, survenu le dixième jour après l'opération.

L'hémorragie intestinale s'est reproduite pendant deux jours, en même temps que l'état général s'était aggravé, puis tout est rentré dans l'ordre; la fistule stercorale se tarit et la guérison survint, ne laissant qu'une éventration qui fut opérée plus tard. Il est probable que cette hémorragie fut la conséquence de la chute d'une escarre du cæcum touché par l'infection dans le voisinage de l'intestin de l'appendice.

Dans un cas (Obs. XVI) d'appendicite avec péritonite diffuse opérée le cinquième jour, après une amélioration, on a vu réapparaître des symptômes graves et on a été obligé, à deux reprises, de réintervenir.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

OBS. I. — M. X..., 48 ans. Opéré le 9 septembre 1919, en crise depuis cinq jours. Au moment de l'opération, température à 38 degrés, pouls, 150. Appendice perforé, gangrené, péritonite diffuse, drainage. Mort le 14 septembre.

OBS. II. — Ch... (Annette), 30 mois. Début de la crise le 7 janvier 1920, à 16 heures. Opération le 10, à 16 heures. Pus épais, odeur fétide, anses grêles libres, pas de limitation de la péritonite. Appendice rouge, enflammé, non gangrené, mais petite perforation de la pointe, drainage. Guérison.

OBS. III. — M. de la C..., 38 ans. Début de la crise le 5 septembre 1920. Opéré le 7, soit quarante heures après début. Péritonite diffuse avec pus. Appendice gros comme le petit doigt, plaque de gangrène à la pointe et deux perforations plus petites près de la base, coprolithe à la partie moyenne, fermeture incomplète de la paroi par crin total, drain.

Suites opératoires. — Fistule stercorale le 13 septembre. Le 15, méfana très abondant continuant pendant deux jours. Guérison. Événement postopératoire.

OBS. IV. — V... (Octave), 8 ans. Opéré le 10 février 1921, le septième jour. Abcès rétrocaecal, incision postérieure le long de l'épine iliaque. Ouverture de la poche purulente sans entrer dans la cavité péritonéale. Drainage. Pas d'appendicectomie. Guérison.

OBS. V. — P... (Germaine), 9 ans. Appendicite rétrocaecale. Opérée le 12 février 1921, quarante-deux heures après début. Pas de péri-

tonite, mais appendice rouge, enflammé, à parois amincies, réduites presque à la seule séreuse.

A la coupe, paroi interne noire contient un mélange de pus et de sang. Fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. VI. — N... (Yvonne), 4 ans. Opérée le 16 février 1921 le quatrième jour. Appendicite perforante avec péritonite diffuse. Appendicectomie, drainage. Mort.

Obs. VII. — P... (Léopold), 21 ans. Opéré le 5 avril, trois jours pleins après le début. Péritonite localisée par l'épiploon qui recouvre le foyer.

Appendicectomie, un petit drain, fermeture paroi. Guérison.

Obs. VIII. — N... (Marie-Louise), 8 ans. Opérée le 30 avril 1921, quarante-quatre heures après début. Péritonite avec pus. Appendice perforé à la pointe, un foyer de pus dans le Douglas, drainage. Guérison.

Obs. IX. — M^{lle} de V... Opérée le 7 juillet 1921, vingt-quatre heures après début. Pas de péritonite, endo-appendicite, pas de drainage. Guérison.

Obs. X. — A... (André), 6 ans. Opéré le 7 juin 1922, le quatrième jour de la crise. On croit à la possibilité d'une occlusion, incision médiane.

Appendice rouge, enflammé, non perforé, plaque de sphacèle à la pointe. Mort le 8 juin.

Obs. XI. — P... (Marie), 49 ans. Opérée le 18 décembre 1922, le huitième jour. Abscess de la fosse iliaque droite, incision, drainage. Guérison.

Obs. XII. — S..., 14 ans. Opéré le 20 juillet 1923, le huitième jour. Abscess de la fosse iliaque droite, incision, drainage. Guérison.

Obs. XIII. — F... (René), 24 ans. Opéré le 11 août 1923 à la dix-huitième heure. Appendice en voie de gangrène moitié distale, non perforé, fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. XIV. — M^{lle} A..., 28 ans. Opérée le 18 septembre, le quinzième jour, d'un abcès rétrocolique. On passe à travers la cavité péritonéale libre, protection du péritoine, pas de mèche, drainage. Guérison.

Obs. XV. — M^{me} G..., 24 ans. Opérée le 2 novembre 1923, le douzième jour, d'un abcès rétrocolique, incision postérieure, ouverture du foyer sans passer par la cavité péritonéale. Guérison.

Obs. XVI. — M^{lle} V..., 18 ans. Opérée le 26 août 1923, environ vingt-quatre heures après début. Endo-appendicite, fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. XVII. — M. L..., 15 ans. Opéré le 8 juin 1924. Opéré le cinquième jour après début. Péritonite diffuse, appendice gangrené, perforé, tamponnement Mikulicz. Le 14 juin, deuxième intervention incurvée de la fosse iliaque gauche, écoulement de 1 litre environ de pus le 24 juin, évacuation d'une nouvelle poche de pus au-dessus et à droite de l'ombilic. Guérison.

Obs. XVIII. — M. M..., 20 ans. Opéré le 2 novembre 1924, le troisième jour. Péritonite avec pus, mais en voie de localisation par l'épiploon. Appendice perforé. Guérison.

Obs. XIX. — Bernard, 10 ans. Début par amygdalite. Opéré le 7 novembre 1924, le deuxième jour. Appendice rouge en érection. Pas de péritonite. Fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. XX. — M^{me} F..., 66 ans. Opérée le 6 décembre 1924, le quatrième jour. Péritonite diffuse. Appendice gangrené perforé. Morte le 28 décembre.

Obs. XXI. — R... (Angèle), 53 ans. Opérée le 7 décembre 1924, le quinzième jour, d'un abcès de la fosse iliaque droite, incision, drainage. Morte le 16 décembre de complications pulmonaires.

Obs. XXII. — F... (Roger), 13 ans. Opéré le 7 décembre 1924, le cinquième jour. Appendice gangrené, perforé. Péritonite diffuse. Mort le 8 décembre.

OBS. XXIII. — M. L..., 28 ans. Opéré le 11 mars 1925, quarante-huit heures après début. Appendice gros, noir, en voie de gangrène. Pas de péritonite. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBS. XXIV. — M. M..., 17 ans. Opéré le 27 mars 1925, quarante-huit heures après début. Appendice violacé, en voie de gangrène. Fermeture sans drainage. Légère suppuration de la paroi. Sort de la clinique le dixième jour.

OBS. XXV. — M. S..., 18 ans. Opéré le 21 avril 1925, trente-six heures après début. Appendice en voie de gangrène dans sa moitié distale. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBS. XXVI. — M^{lle} M..., 25 ans. Opérée le 8 août 1925, le cinquième jour. Péritonite diffuse. Appendice perforé à la pointe, contient un calcul stercoral. Drainage : 1 drain dans le Douglas, 1 dans le foyer, 1 sous le foie, 1 drain vers la gauche. Guérison.

OBS. XXVII. — M. N..., 16 ans. Opéré le 15 août 1925, le cinquième jour. Appendicite toxique. Appendicectomie. Mort quelques heures après.

OBS. XXVIII. — M. D..., 70 ans. Opéré le 2 septembre 1925, le cinquième jour. Symptomatologie d'occlusion intestinale. Incision médiane, puis incision de la fosse iliaque.

Péritonite localisée de la fosse iliaque. Appendice perforé près de la base. Mort quatre jours après.

OBS. XXIX. — M^{lle} N..., 14 ans. Opérée le 26 septembre, vingt heures après début. Appendicite aiguë simple. Appendicectomie. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBS. XXX. — M. P. D..., 40 ans. Opéré le 14 décembre 1925, avant vingt-quatre heures. Appendicite aiguë simple. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBS. XXXI. — L... (Émile), 24 ans. Opéré le 20 avril 1925, vingt-quatre heures après début. Appendicite aiguë simple. Appendicectomie. Pas de drainage. Guérison.

OBS. XXXII. — F... (Alban), 31 ans. Opéré le 5 mai, dix jours après début. Péritonite diffuse. Pas d'appendicectomie. Drainage. Guérison.

OBS. XXXIII. — M. N..., 18 ans. Opéré le 8 janvier 1926, à la cinquantième heure. Péritonite diffuse. Appendice à gauche. Appendicectomie. Appendice gangrené en imminence de perforation. Drainage. Guérison.

OBS. XXXIV. — M. G..., 45 ans. Opéré le 28 janvier 1926, à la vingt-quatrième heure. Un peu de séro-pus. Appendice non perforé. Fermeture complète du péritoine. Un petit drain dans la paroi. Guérison comme appendicite à froid.

OBS. XXXV. — L..., 6 ans. Opéré le 3 février 1926, à la trentième heure. Palpation sous anesthésie fait sentir un plastron profond. Écoulement de séro-pus. Appendice enflammé en forme d'U ; pointe coiffée de l'épiploon. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

OBS. XXXVI. — M. G..., 32 ans. Opéré le 7 février 1926, à la quarante-huitième heure. Petit foyer purulent limité. Appendice très enflammé, en voie de gangrène et sur le point de se perforer à la base. Cæcum épaissi. Paroi fermée en un plan crins en 8. Un drain. Guérison.

OBS. XXXVII. — M. G..., 23 ans. Opéré le 20 février 1926, le douzième jour, d'un abcès de la fosse iliaque droite. Incision, drainage. Guérison.

OBS. XXXVIII. — M. D..., 28 ans. Opéré le 9 mars 1926, à la trente-sixième heure. Un peu de sérosité louche dans le ventre. Appendice rétro-cæcal très adhérent, gros, court, enflammé. Fermeture de la paroi sans drainage. Guérison sans incidents.

OBS. XXXIX. — M^{me} G..., 32 ans. Opérée le 26 mars 1926, à la douzième heure. Appendicite aiguë simple. Fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. XL. — M. C..., 5 ans. Opéré le 8 juillet 1926, à la dixième heure. Déjà un peu de séro-pus dans la fosse iliaque. Appendice rétrocaecal très court, enflammé. Suintement sanguin assez abondant nécessitant un petit drain. Guérison, mais légère suppuration de la paroi.

Obs. XLI. — M. P..., 29 ans. Opéré le 21 juillet 1926, à la vingt-quatrième heure. Séro-pus en assez grande abondance. Appendice gros, rouge, enflammé. Drainage. Guérison. Sort cicatrisé le douzième jour.

Obs. XLII. — M. B..., 5 ans. Opéré le 2 novembre 1926, le quatrième jour. Péritonite diffuse, pus très abondant. Appendice postérieur en voie de gangrène. Plaie non refermée. Mort le soir même. A été purgé au début de sa crise.

Obs. XLIII. — M. de C..., 43 ans. Opéré le 2 décembre 1926, à la vingtième heure. Appendicite aiguë simple. Fermeture sans drainage. Guérison.

Obs. XLIV. — M. C..., 50 ans. Opéré le 1^{er} mars 1927, vers la quarante-huitième heure. Pus abondant. Anses grêles libres. Aucune ébauche de limitation de l'infection. Appendice en voie de gangrène, verdâtre, flasque. Un drain dans le Douglas. Guérison.

Obs. XLV. — M. C..., 50 ans. Opéré le 28 mars 1927, vers la quarante-huitième heure. Pus en quantité notable. Appendice se dirigeant transversalement vers la gauche, gros, violacé, noir à la pointe, sur le point de se perforer. Drainage. Incidents postopératoires nombreux. Infection générale profonde, mais guérison.

Obs. XLVI. — M. H..., 12 ans. Opéré le 8 juin 1927, vers la quarantième heure. La palpation sous anesthésie fait sentir une induration profonde au-dessus et en dedans du point de Mac Burney. Incision en ce point. On arrive exactement sur le foyer formé par l'épiploon recouvrant le cæcum, et derrière celui-ci l'appendice gros, noirâtre, non perforé. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBS. XLVII. — M. B..., 29 ans. Opéré le 21 juillet 1927, vers la huitième heure. Appendice libre, mais gros, rouge, en érection. Fermeture sans drainage. Guérison Sorti le huitième jour.

OBS. XLVIII. — M^{me} D... Opérée le 27 juillet 1927, à la vingtième heure. Appendice gros, grisâtre. Mésos épais, inflammation aiguë récurrente sur appendice antérieurement malade. Un placard noir à la base et un autre plus petit à la pointe. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBS. XLIX. — M^{lle} G..., 13 ans. Opérée le 13 septembre 1928, vers la cinquantième heure. Sérosité purulente, pus dans le Douglas abondant. Appendice dirigé vers la gauche. Pointe renflée, grosse comme une noisette, formant un abcès isolé du reste de la cavité; sa paroi est mince, verdâtre, en voie de gangrène. Drainage. Guérison.

OBS. L. — M. B..., 17 ans. Opéré le 17 septembre 1928 vers la soixantième heure. Appendice recouvert par l'épiploon. Appendice énorme, tordu sur lui-même, rouge, paroi très épaisse. Inflammation ancienne réchauffée. Fermeture sans drainage. Guérison.

Sorti le septième jour.

OBS. LI. — M. B..., 24 ans. Opéré le 14 octobre 1928, à la quarante-huitième heure. Un peu de liquide séro-purulent. Appendice rétro-cæcal et rétrocolique ascendant externe en voie de gangrène sur presque toute sa longueur. Parois amincies, flasques, verdâtres, mais pas encore de perforation.

Fermeture paroi sans drainage. Guérison.

Sorti le huitième jour.

OBS. LII. — M^{lle} V..., 22 ans. Opérée le 15 novembre 1927, à la douzième heure. A eu deux crises antérieures. Foyer recouvert par l'épiploon. Appendice presque totalement détruit.

Fermeture avec un petit drain. Guérison.

OBS. LIII. — M. de L..., 11 ans. Opéré le 10 janvier 1928, à la quatorzième heure. Un peu de séro-pus. Appendice rouge, épaissi, lardacé à la pointe. Fermeture sans drainage.

Guérison. Sorti le huitième jour.

OBS. LIV. — M^{me} G..., 21 ans. Opérée le 11 janvier 1928, à la cinquante-huitième heure. Un peu de pus dès l'ouverture. Collection plus abondante dans le Douglas. Appendice pelvien, gros, noirâtre, contient deux calculs stercoraux, non perforé. Drainage. Guérison après avoir fait, vers le huitième jour, des accidents d'occlusion postopératoire.

OBS. LV. — M. Ch..., 14 ans. Opéré le 17 février 1928, le cinquième jour. A été lavementé à plusieurs reprises au début de la crise. Aggravation. Pus en abondance. Appendice gangrené et perforé; un calcul stercoral. Drainage. Mikulicz.

Suites opératoires. — Cachexie progressive, fistule stercorale, infection générale, mort le quinzième jour.

OBS. LVI. — M^{lle} L..., 6 ans. Opérée le 30 mars 1928, à la trente-sixième heure. Cæcum haut situé, un peu de pus localisé à son niveau. Appendice latéro et rétrocolique externe se présentant par la pointe. Les deux tiers terminaux de l'appendice forment une partie renflée, enflammée, pleine de pus, avec parois amincies. Muqueuse noire. Fermeture sans drainage 3 plans catgut. Le huitième jour, éviscération, réintégration des anses. Drainage. Guérison.

OBS. LVII. — M. C..., 42 ans. Opéré le 18 avril 1928, à la vingt-huitième heure. Appendice pelvien gros, violacé, avec un placard de sphacèle à la pointe. Sérosité purulente abondante dans le Douglas. Drainage. Guérison. Cicatrisation complète le quinzième jour.

OBS. LVIII. — M. B..., 22 ans. Opéré le 23 mai 1928, à la vingt-quatrième heure. Appendice gros, turgescant, violacé. Pas de pus dans l'abdomen. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBS. LIX. — M^{lle} M..., 13 ans. Opérée le 29 mai 1928, moins de quarante-huit heures après début. Appendicite aiguë simple. Fermeture sans drainage. Guérison.

OBS. LX. — M^{lle} V..., 4 ans. Opérée le 5 juin 1928, à la fin du troisième jour. Sérosité purulente assez abondante dans le bassin.

Appendice haut rétrocolique; à son niveau, foyer de pus épais à odeur fécaloïde.

Appendice gangrené. Drainage.

Suites opératoires difficiles, puis amélioration progressive et guérison.

OBS. LXI. — M. D..., 14 ans. Opéré le 11 juin 1928, à la vingt-quatrième heure. Pas de séro-pus. Appendice très gros, tendu, rouge, plein de pus. Un calcul à la base, en voie de gangrène à la pointe. Petit drainage. Guérison.

OBS. LXII. — M. P..., 12 ans. Opéré le 16 juin 1928, cinq heures après début. Appendicite aiguë simple.

Fermeture complète de la paroi. Guérison.

OBS. LXIII. — M^{lle} P..., 16 ans. Opérée le 5 juillet 1928, cinq heures après début. Appendice long, gros, tordu sur son méso, rouge à la pointe. Fermeture paroi sans drainage. Guérison.

OBS. LXIV. — M^{lle} Ch..., 7 ans. Opérée le 6 juillet 1928, douze heures après début. Appendice adhérent au cæcum. Il est rouge et enflammé. Fermeture sans drainage. Guérison.

CONCLUSIONS

Le traitement de l'appendicite aiguë n'est qu'un cas particulier du traitement des péritonites aiguës; il est uniquement chirurgical et son efficacité est fonction de sa précocité.

L'étude de notre statistique montre qu'elle est en accord avec toutes celles publiées jusqu'à ce jour; elle confirme que l'opération pratiquée dans les trois premiers jours ne donne pas de mortalité : 44 cas opérés sans décès.

Par contre, les opérations imposées par la nécessité le quatrième et le cinquième jour sont grevées d'une mortalité extrêmement lourde : 8 morts et 3 guérisons sur 11 cas (mortalité de 72,7 p. 100).

Nous ne sommes donc pas partisan de l'opération faite systématiquement à n'importe quelle période, et en particulier à partir du quatrième jour. Après le cinquième jour, le pronostic s'améliore : 1 mort sur 9 cas; mais il y a lieu de remarquer que cette série comprend les cas où la péritonite s'est localisée et où il s'agit simplement d'abcès périappendiculaires.

L'ablation de l'appendice doit être la règle, sauf dans le cas d'abcès, qu'on se contentera d'ouvrir et de drainer.

VU : *Le Doyen,*

C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 4 janvier 1929.

Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

